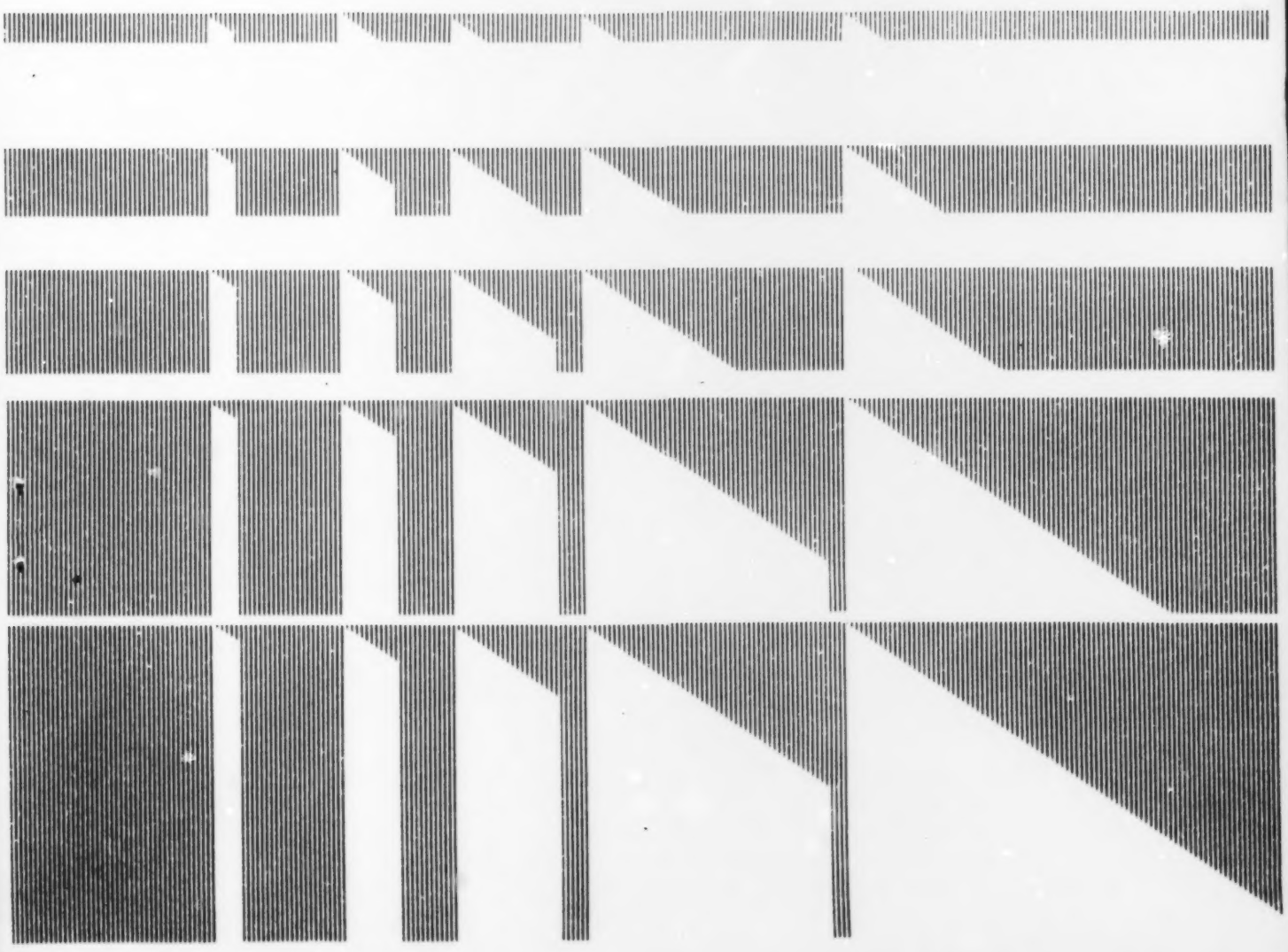
ÉVALUATION DES PROGRAMMES
Série Études et analyses

La politique et les programmes de services à domicile: constats et réflexions évaluatives

Québec

27



LA POLITIQUE ET LES PROGRAMMES DE SERVICES À DOMICILE: CONSTATS ET RÉFLEXIONS ÉVALUATIVES

par

MARIO BOLDUC

SERVICE DE L'ÉVALUATION - PRÉVENTION ET SERVICES COMMUNAUTAIRES

OCTOBRE 1986

92-07042/

DÉPÔT LÉGAL - 4E TRIMESTRE 1986
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-550-16801-1

BOLDUC, Mario, La politique et les programmes de services à domicile : Constats et réflexions évaluatives, direction générale de l'Evaluation et de la Planification, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1986, 31 pages.

RÉSUMÉ :

- PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

L'orientation visant à maintenir à domicile les personnes en perte d'autonomie s'avère être une constante depuis le début des années '70. La politique ministérielle de 1979 sur les services à domicile se voulait un élément majeur pour l'atteinte de cet objectif.

D'une part, cette préoccupation semble s'amplifier compte tenu de certains phénomènes comme le vieillissement de la population, la désinstitutionnalisation, etc. D'autre part, plusieurs personnes ou groupes semblent peu satisfaits de la politique ou des développements dans ce secteur. Différents travaux pour la révision de la politique ont déjà été effectués.

S'appuyant sur un grand nombre d'études, de recherches et de données diverses, le présent document a comme objectifs de :

1. Dégager de l'ensemble de ces travaux un certain nombre de constats importants sur les orientations et le fonctionnement des programmes de services à domicile.

2. Tirer de ces constats quelques réflexions évaluatives pouvant servir de préalables à une révision éventuelle de la politique.

- PRINCIPAUX CONSTATS

1. La classification actuelle des clientèles-cibles de la politique crée des problèmes. Les clientèles étant non mutuellement exclusive et non reliée à des problématiques ou types d'intervention précis, cela rend difficile toute tentative d'évaluation systématique. Il y aurait avantage à s'articuler en fonction d'un cadre conceptuel précis.

2. Les réalités des soins et de l'aide à domicile sont fondamentalement différentes à presque tous les points de vue : nature des services, but, période requise, provenance des demandes, façons d'y répondre (délais, critères, etc.), problématiques générales et alternatives. Cette différence est un élément majeur à considérer dans la révision de la politique.

3. Le noyau majeur des besoins exprimés en services à domicile se situe dans le champ de l'aide et la satisfaction de ces besoins implique des tâches simples et non spécialisées de la vie quotidienne.

4. Les CLSC offrent des soins et de l'aide à domicile dans une proportion approximativement égale. Malgré des variations importantes, ils offrent essentiellement des services de faible intensité (moins d'une heure par semaine en moyenne) et surtout aux heures régulières de bureau.

5. Il existe un grand nombre d'autres programmes ou d'autres organismes qui offrent des services à domicile. Ils ont une tendance à offrir des services sur une base plus intensive et à utiliser des formules différentes.

6. L'objectif prioritaire de la politique est de favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Les services de faible intensité (du type offert par les CLSC) s'avèrent peu efficaces par rapport au désir des personnes de recourir à des ressources d'hébergement. Il semble par contre que des services plus intensifs peuvent être un élément déterminant, bien que non unique, pour un maintien à domicile dans des conditions adéquates.

7. Compte tenu d'une diminution relative de l'offre d'hébergement au cours des dernières années, la principale question qui se pose est la suivante : cette réduction de l'offre est-elle compensée par une augmentation suffisante de services à domicile pour répondre aux besoins des personnes?

8. Il apparaît de plus en plus essentiel de tracer une ligne de démarcation générale entre les responsabilités respectives de l'Etat d'une part, des personnes, de leurs proches et de la communauté, d'autre part, vis-à-vis les personnes vivant avec des incapacités. Il y aurait lieu d'examiner de plus près la proposition du groupe de travail de 1983 à l'effet que l'Etat s'implique plus intensivement pour les personnes avec des incapacités sévères, ou nécessitant des services spécialisés, tout en comptant davantage sur la communauté pour les services plus occasionnels.

9. Il se développe depuis quelques années des formules nouvelles de services à domicile qui semble prometteuses. Ce sont surtout les formules "d'allocation financière" aux personnes et "d'ilôts de services" dans des ensembles résidentiels. La technologie moderne ouvre aussi des voies d'avenir.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

1. INTRODUCTION 1

2. LES CLIENTÈLES VISÉES PAR LA POLITIQUE: UNE CLASSIFICATION À REVOIR 4

3. LES SOINS ET L'AIDE: DEUX RÉALITÉS FORT DIFFÉRENTES 7

4. LES BESOINS DES PERSONNES 10

5. LES SERVICES OFFERTS PAR LE PROGRAMME DES CLSC 13

6. LES AUTRES PROGRAMMES DE SERVICES À DOMICILE 16

7. LES SERVICES OFFERTS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA POLITIQUE 18

8. LES PERSONNES, LA COMMUNAUTÉ ET L'ÉTAT 20

9. DES FORMULES NOUVELLES 22

10. CONCLUSION 24

BIBLIOGRAPHIE 27

1. INTRODUCTION

Le ministère des Affaires sociales rendait public une politique de services à domicile en 1979 (20). Il considérait alors les services à domicile comme un élément majeur d'une politique de maintien à domicile. Cette préoccupation existait cependant depuis plus longtemps et elle s'est amplifiée depuis. Nous pouvons entre autres noter que:

- L'orientation visant à maintenir les personnes en perte d'autonomie à domicile constitue certainement l'une des principales constantes de l'ensemble des documents ministériels, publiés ou non, depuis le rapport Castonguay-Nepveu (4,5). Cette constante se retrouve dans les documents de politique envers les personnes âgées, les malades chroniques, les personnes handicapées, dans le domaine de la santé mentale, le secteur de la réadaptation, etc.

- Cette préoccupation s'est aussi manifestée de nombreuses façons dans la population et dans divers groupes organisés au cours des dernières années. Citons seulement quelques exemples:

  ---C'est l'une des premières priorités identifiées dans le cadre d'une large consultation ayant précédé l'élaboration d'une politique globale pour les personnes handicapées. Les orientations de cette politique développées dans le document "À part... Égale L'intégration sociale des personnes handicapées: un défi pour tous"[1] sont maintenant adoptées par le Gouvernement du Québec.

  ---Le développement de 500 organismes communautaires de maintien à domicile avec le support financier du ministère.

---

1 A part! Égale... L'intégration sociale des personnes handicapées: Un défi pour tous, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1984, p. 200.

---De multiples revendications publiques pour le développement de ce type de services au cours des dernières années. Une revue des coupures de presse indique la poursuite de ce mouvement dans les mémoires présentés à la Commission Rochon.

- Cette préoccupation semble prendre une ampleur de plus en plus grande compte tenu, entre autres, d'un certain nombre de phénomènes en évolution tels que:
  ...le vieillissement de la population,
  ...le mouvement de désinstitutionnalisation qui se poursuit et même s'amplifie,
  ...le ralentissement du développement de places d'hébergement
  ...le désir d'un nombre de plus en plus grand de personnes de terminer leurs jours à domicile,
  ...le rétrécissement des familles,
  ...une certaine désintégration sociale sur une partie importante du territoire (11).

Nous devons par contre constater que la politique de 1979 ne semble pas avoir apporté satisfaction aux intéressés. Les demandes pour la révision de cette politique sont nombreuses depuis le début des années 1980. La preuve en est que, dès 1982, le ministère mettait sur pied un imposant comité de travail interne et externe pour la révision de cette politique. Celui-ci produisit un rapport provisoire en juillet 1983 (21). Les travaux furent alors mis en veilleuse.

En résumé, un grande nombre de personnes et de groupes concernés semblent insatisfaits soit de la politique elle-même ou des développements insuffisants dans ce secteur.

D'autres, à commencer par la Ministre de la Santé et des Services sociaux elle-même, (31) s'interrogent actuellement sur plusieurs aspects de ces services: la nature des services offerts, les besoins,

l'efficacité des services, les limites, les coûts, etc. Plusieurs concluent à la nécessité d'évaluer les services à domicile de façon systématique.

Le présent document n'a pas la prétention d'être une évaluation exhaustive et complète de la politique des services à domicile ou encore des services offerts. Il nous apparaît cependant que nous disposons actuellement d'un nombre important de travaux, d'études, de recherches et de données dans le domaine, pouvant permettre un certain nombre de constats importants. Qu'il suffise d'énumérer les principaux travaux:

1. Les produits du groupe de travail sur la révision de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales (juillet 1983) (21).

2. Des études de besoins des personnes âgées vivant à domicile dont en particulier deux études récentes, l'une du DSC de l'Hôtel-Dieu de Roberval (17) et l'autre du DSC du centre hospitalier Sainte-Marie (6).

3. Des études de l'impact des services à domicile sur les désirs d'hébergement et sur l'utilisation des autres ressources du système (2,13).

4. Des études évaluatives de projets particuliers de services à domicile (1,8).

5. Les données du système d'information Crocus (18).

6. Les avis du comité de la santé mentale (9,10)

7 Le bilan récent du programme de maintien à domicile par la Fédération des CLSC (32,33).

8 Les résultats d'une opération récente d'élaboration de monographies dans dix CLSC à propos du vécu des programmes de maintien à domicile (3).

9 De nombreux autres documents ministériels non publiés (15,16,23, 24,25,27).

10. De multiples articles dans les journaux, mémoires à la Commission parlementaire sur la désinstitutionnalisation, etc.

L'objectif de ce document est double:

1. Dégager de l'ensemble de ces travaux un certain nombre de constats importants sur les orientations et le fonctionnement des programmes de services à domicile.

2. Tirer de ces constats quelques réflexions évaluatives pouvant servir de préalables à une révision éventuelle de la politique.

2. LES CLIENTÈLES VISÉES PAR LA POLITIQUE: UNE CLASSIFICATION À REVOIR

La politique de 1979 identifie quatre clientèles cibles, soit les "personnes âgées", les "personnes handicapées", les "personnes malades" et les "familles en difficulté". Cette classification des clientèles continue d'être utilisée depuis ce temps, entre autres dans les systèmes d'information, en y ajoutant parfois la catégorie des "malades chroniques".

L'analyse des données de même qu'une simple réflexion démontrent bien que cette classification crée des problèmes.

Premièrement, ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives. En effet, il y a sûrement des personnes âgées qui sont malades, ou qui vivent dans des familles, des familles en difficulté où il y a une personne handicapée ou toutes autres combinaisons possibles. Par exemple, quelle différence y a-t-il, en termes de services requis entre une personne handicapée et une personne âgée avec une perte d'autonomie significative et persistante? La classification devient souvent peu significative.

De plus, cette façon de définir des clientèles ne fait aucune référence à la raison du besoin de ce type d'interventions. Ce n'est pas parce que l'on est une "personne âgée", une "personne handicapée" ou une "personne malade" qu'on a nécessairement besoin de services à domicile.

Les besoins s'articulent plutôt en fonction de problématiques précises et non en fonction d'un groupe d'âge ou d'une étiquette générale.

Cette confusion dans la définition des clientèles est susceptible de créer différents problèmes entre autres au niveau de la collecte de données. Elle rend ainsi très difficile toute tentative d'évaluations systématiques.

Il apparaît que ce problème soit symptômatique du fait que la politique ne s'articule pas clairement par rapport à un cadre conceptuel définissant les problématiques et les types d'intervention correspondants.

Il serait possible, par exemple, de s'inspirer d'un cadre de référence développé par l'Organisation mondiale de la santé, et de plus en plus reconnu, soit celui des déficiences, incapacités et handicaps (28). Nous proposons ci-dessous un cadre qui s'en inspire tout en apportant certaines modifications.

Cela permet, entre autres, de bien situer les deux grands types de services à domicile, en fonction de deux problématiques distinctes:

- Les SOINS À DOMICILE en tant que traitements des différents types de maladies et de déficiences. Nous pouvons joindre à cette réalité une partie des interventions thérapeutiques de réadaptation visant à minimiser les incapacités
- L'AIDE À DOMICILE pour compenser les incapacités et les limitations fonctionnelle causées par les déficiences.

Nous sommes conscients qu'il existe d'autres champs d'activités qu'on associe de plus en plus souvent aux programmes de services à domicile. Ce sont le plus souvent des interventions de nature psycho-sociale relatives à des besoins d'organisation du milieu ou de différentes situations qualifiées "d'urgences sociales". Nous avons choisi de ne pas aborder directement cette réalité dans ce document et de mettre l'accent sur l'essentiel en termes de volume des services à domicile.

CLIENTÈLES ET PROBLÉMATIQUES VISÉES ET TYPES D'INTERVENTIONS CORRESPONDANTS

CLIENTÈLES ET PROBLÉMATIQUES	TYPES D'INTERVENTIONS
1. FACTEURS DE RISQUE: Facteurs reliés à la biologie, à l'environnement, aux habitudes de vie	1. PRÉVENTION: Promotion de la santé, dépistage, législations, réglementations, etc.
2. DÉFICIENCES: Déficiences intellectuelles, psychiques, motrices, auditives, visuelles, organiques.	2. TRAITEMENTS: Différentes spécialités médicales et autres types de thérapies.
3. INCAPACITÉS: Reliées au comportement, à l'apprentissage, à la communication, aux soins corporels, à la locomotion, aux tâches domestiques, etc.	3. ADAPTATION-RÉADAPTATION: Ensemble d'interventions thérapeutiques de diverses natures et limitées dans le temps pour minimiser les incapacités.
4. INCAPACITÉS PERSISTANTES: Incapacités significatives qui demeurent en dépit des traitements et de l'adaptation-réadaptation	4. COMPENSATION A LONG TERME: Support généralement non spécialisé, pouvant provenir de différentes sources, et dispensé dans le milieu naturel ou dans un milieu substitut.
5. OBSTACLES SOCIAUX: -Barrières architecturales -Attitudes et comportements de rejet ou discriminants -Réglementations, normes -Services mal adaptés au niveau des communications, transports, loisirs, culture, etc.	5. DIMINUTION DES OBSTACLES: -Modifications et adaptations physiques, réglementaires, administratives -Evolution des mentalités et attitudes

3. LES SOINS ET L'AIDE: DEUX RÉALITÉS FORT DIFFÉRENTES.

Dans la littérature sur les services à domicile de même que dans la cueillette des différentes données, on distingue les soins et l'aide à domicile. Il est malgré tout possible de constater que l'on ne saisit pas toujours l'ampleur des différences entre ces deux réalités. Il est sans doute d'une importance majeure de bien faire cette distinction comme préalable à une révision de la politique des services à domicile.

Il y a d'abord une différence majeure dans la nature même des services offerts. Les soins à domicile consistent en des interventions de nature généralement spécialisée ou semi-spécialisée impliquant différentes disciplines techniques ou professionnelles reliées essentiellement au nursing. Comme nous le verrons plus loin, ces actes de nursing consistent majoritairement en soin de plaies, en injections, en évaluations, en enseignements et en suivis généraux de l'état de santé, en prélèvements, etc. À cela s'ajoute à une moins grande fréquence différents autres types d'interventions thérapeutiques relevant principalement du champ de la médecine ou secteur de la réadaptation telles que la physiothérapie ou l'ergothérapie.

L'aide à domicile consiste par contre en différentes interventions généralement non spécialisées se situant surtout dans le champ des tâches domestiques (entretien ménager, préparation des repas, etc.) des soins corporels (bains, transferts, habillage, etc.) de l'accompagnement, de la surveillance, etc.

Le but général de ces deux types de services diffère aussi. Les soins à domicile visent à guérir ou à prévenir l'aggravation de maladies ou de déficiences quelconques. L'aide a pour but de compenser des inca-

pacités à accomplir des activités de la vie quotidienne et à améliorer la qualité de vie.

Le plus souvent, les soins sont requis pour une période relativement courte ou épisodique tandis que l'aide est plutôt requise à moyen ou à long terme. Dans la majorité des cas, les soins suivent ou précèdent une période d'hospitalisation. L'aide est plutôt reliée à une perte d'autonomie qui, pour une grande proportion, se produit au moment du vieillissement.

La provenance des demandes de services est aussi fort distincte. En général, la demande de soins à domicile est prescrite par un médecin de cabinet privé ou de CLSC ou encore par l'hôpital lui-même. Pour l'aide, ce sont surtout les personnes elles-mêmes ou des personnes de l'entourage qui font les demandes, ou encore des intervenants sociaux.

Il apparaît, selon les données disponibles, que dans la quasi-totalité des cas, on répond aux prescriptions de soins à domicile de façon automatique, rapide (24 à 48 heures), universelle et gratuite. La seule exception à la gratuité est parfois une contribution financière pour les fournitures médicales.

La réalité est beaucoup plus complexe pour ce qui est de l'aide à domicile. On évalue alors l'ensemble de la situation des individus et de l'environnement: possibilités d'aide de parents ou proches, de personnes de l'entourage, possibilités financières de l'individu de se payer des services privés, apport possible d'autres ressources communautaires, etc. Il ne semble pas y avoir de critères précis et standards pour l'évaluation de ces différents facteurs. Il en résulte donc des différences fort appréciables selon les ressources disponibles, les différents CLSC ou autres organismes et à la limite selon chacun des intervenants. On favorise nettement une clientèle défavorisée financièrement et en termes d'entourage.

Il apparaît donc évident que les problématiques à analyser pour l'établissement ou la révision d'une politique diffèrent selon que ce soit pour des soins ou de l'aide à domicile.

Les soins à domicile sont essentiellement un substitut à une hospitalisation ou encore à ces mêmes soins fournis soit en clinique externe, en cabinet privé de médecins, ou dans les bureaux d'un CLSC ou même d'autres ressources du réseau comme les C.A.H., les centres de jour, etc.

Une question majeure est d'établir les avantages et les inconvénients de ces différentes façons de fournir des soins, tant pour la personne (hospitalisation ou déplacements vs chez-soi) que par rapport aux coûts entraînés.

On sait par exemple que le prix de journée d'une hospitalisation est très élevé, soit approximativement 250$. Jusqu'où serait-il possible de réduire le taux d'hospitalisation avec des soins à domicile supplémentaires? Quels sont les critères dominants qui font qu'une personne doit être hospitalisée ou non pour recevoir des soins? Comment se compare nos pratiques d'hospitalisation par rapport à d'autres pays? Il y a là tout un champ d'étude peu exploité et fortement intéressant.

Pour ce qui est des soins en externe ou en clinique par rapport aux soins à domicile, un grand nombre de facteurs sont à considérer telles que les facilités de déplacements pour l'individu, les distances à parcourir, le climat, la fréquence des soins, l'organisation de la clinique, le coût, etc. Il y aurait là aussi beaucoup d'investigations à faire.

La problématique de l'aide à domicile est toute autre. Une des questions fondamentales qui se pose dans ce cas-ci est de savoir quelle est la responsabilité des proches et de l'entourage vs celle de l'État pour répondre à ces besoins. Nous savons tous qu'une solidarité humaine de base demeure indispensable pour le fonctionnement de notre

société. Nous savons aussi que celle-ci a des limites. Jusqu'où est-il réaliste et équitable d'attendre la prise en charge des incapacités par les proches et les personnes de l'entourage? Jusqu'à quel point cela est-il possible, particulièrement dans plusieurs communautés qui sont en voie de désintégration? Devons-nous tenir compte des capacités financières de l'individu? Quel est le rôle du secteur privé? Comment concilier l'aspect généralement restrictif de ces services avec les principes d'universalité et de gratuité?, etc.

La problématique de l'aide à domicile se situe aussi en relation avec l'alternative de l'hébergement à long terme. C'est d'ailleurs le moyen qui a été le plus utilisé pour répondre aux besoins des personnes ayant des incapacités importantes au cours des quinze dernières années. Diverses sources indiquent d'ailleurs que nous avons un taux d'hébergement très élevé par rapport aux autres pays occidentaux (12). Jusqu'où sommes-nous prêts investir pour répondre aux besoins des personnes à leur domicile plutôt que dans un cadre institutionnel? Jusqu'à quel point est-il possible de maintenir des personnes à domicile avec de l'aide adéquate?

4. LES BESOINS DES PERSONNES

Nous n'avons aucunement la prétention ici de définir de façon précise et exhaustive les besoins de la population en services à domicile. Nous n'avons pas de données suffisantes pour réaliser cet exercice. Nous disposons cependant d'un certain nombre d'études partielles dont celle de François Béland (2) et deux rapports d'enquêtes auprès de personnes âgées et vivant à domicile (6,17). Différentes autres données sont aussi disponibles. Il est possible de dégager de ces différentes sources un portrait général de l'importance relative des différents types de besoins.

TABLEAU COMPARATIF DES SOINS ET DE L'AIDE À DOMICILE

ÉLÉMENTS DE COMPARAISON	SOINS	AIDE
NATURE DES SERVICES	Spécialisés, semi spécialisés: nursing, médecine, physio, etc.	Non spécialisés: travaux ménagers, soins corporels, surveillance, etc.
BUT DES SERVICES	Guérir, prévenir l'aggravation, minimiser l'incapacité	Compenser une incapacité, améliorer la qualité de vie
DURÉE (EN GÉNÉRAL)	Court terme (épisodique)	Moyen et long terme.
PROVENANCE DES DEMANDES (EN GENERAL)	Prescrites par médecins ou C.H.	Personnes, entourage, intervenants sociaux.
FAÇON DE RÉPONDRE AUX BESOINS	Quasi-automatique, rapidement, gratuitement et de façon universelle	En tenant compte des capacités financières, de l'aide possible par l'entourage et des ressources communautaires. Peu de critères précis.
PROBLÉMATIQUES GÉNÉRALES ET ALTERNATIVES	Substitut aux C.H., cliniques externes, cabinets privés de médecins, CLSC, etc. Avantages et inconvénients des différentes formules.	Responsabilités respectives des personnes, des proches et de la communauté vs l'Etat. Aide vs hébergement.

Il ressort clairement que les principaux besoins manifestés sont en relation avec des pertes d'autonomie fonctionnelle pour l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne. D'abord, toutes les études concordent sur le fait que les besoins les plus fréquemment exprimés sont en relation avec les tâches domestiques et plus particulièrement les travaux lourds tels que le gros ménage et l'entretien extérieur de la maison. Ce sont évidemment les premières tâches que les personnes âgées ont de la difficulté à exécuter même si elles sont souvent sporadiques.

Dans une proportion moindre, les autres besoins exprimés sont en fonction de limitations dans la mobilité, dans la communication et dans les fonctions mentales. Cela peut signifier des besoins de services de préparation de repas, de soins corporels ou de surveillance. Il ressort aussi de plusieurs documents un grand besoin de sécurité surtout chez les personnes âgées. Celles-ci veulent pouvoir avoir accès à de l'aide de façon rapide en cas de besoin. C'est pourquoi la cohabitation avec une autre personne ou la proximité d'un proche semble un facteur majeur pour prévenir l'hébergement.

Il faut cependant tenir compte d'un facteur important à propos de ces études sur les besoins des personnes vivant à domicile. Compte tenu du peu de services disponibles et d'une certaine tradition d'hébergement vécue ici depuis un certain nombre d'années, on peut facilement supposer qu'une grande proportion des personnes ayant le plus d'incapacités ou atteintes de déficiences plus importantes sont déjà hébergées dans des centres d'accueil ou des centres hospitaliers de soins prolongés. Une prise en charge à moyen terme de ce type de clientèle dans un cadre résidentiel, entraînerait presque à coup sûr une augmentation importante des besoins de soins corporels, de surveillance et de nursing à domicile.

En conclusion, il est facile de constater que le noyau majeur des besoins exprimés font appel à des services à domicile impliquant des tâches simples et non spécialisées de la vie quotidienne.

5. LES SERVICES OFFERTS PAR LE PROGRAMME DES CLSC

Nous n'avons pas de données complètes et précises sur les services offerts à domicile. Nous disposons malgré tout d'un certain nombre de données sur les services offerts par les CLSC provenant du système d'information CROCUS, (18) du bilan de la Fédération des CLSC (32,33) et des monographies (3 et autres) réalisées récemment.

Nous savons par exemple que l'aide et les soins à domicile représentent approximativement 50% chacun de la clientèle et des budgets consacrés. Nous reproduisons ici deux tableaux indiquant la répartition des différents types de soins et d'aide à domicile par la proportion des usagers par rôles/actions et par les proportions des rôles/actions comme tels.

Ces données concordent grosso modo avec celles recueillies lors des monographies. Pour ce qui est des soins, nous voyons que les types de rôles les plus fréquents sont:

- Recueillir de l'information sur l'usager et ses habitudes. On peut regrouper sous cet item un ensemble d'éléments allant de l'évaluation au suivi général de l'état de la personne en passant par l'enseignement.
- Les soins des plaies.
- Les prélèvements de toutes sortes.
- L'écoute et le support.

Pour ce qui est de l'aide à domicile, le service le plus fréquemment rendu consiste en de l'entretien ménager. Cela signifie en général des travaux ménagers légers (très peu de travaux lourds) au rythme approximatif de une fois par semaine ou une fois par deux semaines. Viennent ensuite, en termes de fréquence, l'écoute et le support suivi de près par les soins corporels comprenant entre autres la préparation de

repas, les bains ou autres activités d'hygiène. Il semblerait cependant que les activités d'écoute et de support ont diminué depuis quelques années.

D'autres données démontrent que les CLSC offrent essentiellement des services de faible intensité. Ils desservent ainsi surtout des personnes en légère perte d'autonomie ou encore des personnes moins autonomes, mais de façon partielle.

Voyons quelques données tirées du bilan de la Fédération des CLSC pour 1984-85:

	AIDE	SOINS
- Nombre moyen d'intervention par usager en 1984/85: [1]	16,4	10,
- Nombre moyen d'heures de service par usager en 1984/85: [2]	53,21	14,90

Il faut cependant noter qu'il y a des différences assez importantes dans cette répartition d'heures selon les CLSC. Un certain nombre préfère desservir moins de clients avec un plus grand nombre d'heures de services tandis que d'autres préfèrent l'inverse. Il ne semble y avoir aucune ligne de conduite commune par rapport à cet élément. Même dans les CLSC qui desservent moins de monde avec plus d'heures chacun, le barême maximal se situe autour de 4 à 5 heures/semaine, et ce dans un nombre restreint de situations. Il semble cependant que dans un certain nombre de cas, on dépasse le nombre d'heures habituel et qu'on va au-delà des horaires réguliers par le biais de la formule de l'allocation financière aux personnes.

---

1 Roy J., Bilan du maintien à domicile dans les CLSC. Problématique des services, Rapport I, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, 1986, p. 35.

2 Idem, p. 37

TABLEAU 1
Données du système CROCUS 1983-1984
Soins à domicile

	% DES USAGERS PAR ROLES/ACTIONS	% DES ROLES/ ACTIONS
Administrer un médicament	3	5
Soins de plaies	10	23
Autres actions à caractère physique	3	4
Evaluation ou réévaluation	12	4
Prélèvements	13	10
Recueillir de l'information sur l'usager et ses habitudes	22	29
Relance/surveillance	7	5
Ecoute et support	10	9
Autres	20	11
TOTAL	100	100

TABLEAU 2
Données du système CROCUS 1983-1984
Aide à domicile

	% DES USAGERS PAR ROLES/ACTIONS	% DES ROLES/ ACTIONS
Évaluation ou réévaluation	17	5
Recueillir de l'information sur l'usager et ses habitudes	4	1
Relance/surveillance	5	1
Écoute et support	19	24
Soins corporels	11	23
Travaux domestiques	20	32
Autres services et soutien matériel à l'usager	8	6
Autres	16	8
TOTAL	100	100

Il faut ajouter à cela que dans la grande majorité des CLSC, ces services ne sont disponibles qu'aux heures de bureau normales, soit de 9h00 à 17h00 du lundi au vendredi. Cette situation tend à se modifier légèrement, surtout pour les soins à domicile.

6. LES AUTRES PROGRAMMES DE SERVICES À DOMICILE

La réalité des services à domicile est un phénomène plus large que le programme des CLSC. Bien que ce réseau soit l'un des acteurs majeurs dans la dispensation de services à domicile, il serait insuffisant de ne considérer que celui-ci dans le cadre d'une révision de la politique des services à domicile. Plusieurs autres organismes sont en effet impliqués dans ces services. Voici une énumération non exhaustive et quelques données d'autres organismes ou programmes impliqués dans les services à domicile liés à la présence de déficiences ou incapacités.

- Un certain nombre de centres hospitaliers de courte durée offrent des services spécialisés à domicile tels que la dialyse rénale, des services aux personnes avec des insuffisances respiratoires, etc.

- Depuis déjà plusieurs années, les centres de réadaptation tant pour les personnes ayant une déficience physique, sensorielle ou intellectuelle, offrent un certain nombre de services à domicile (22). Il est difficile de cerner précisément l'ampleur de ces services, mais tout semble indiquer qu'ils tendent à s'élargir. En plus de fournir un certain nombre de ces services directement au domicile des personnes, ces centres gèrent différentes formules de ressources intermédiaires tels que des ilôts de services, des foyers de groupe, des maisons plus ou moins autonomes, des appartements supervisés, etc., qui s'apparentent grandement à des services à domicile.

- Le ministère des Affaires sociales, par l'intermédiaire des CRSSS, pour la plupart, finance 500 organismes communautaires de maintien à domicile pour un budget de 4 885 800$ pour l'année budgétaire en cours (données obtenues du service de Soutien aux organismes communautaires, MSSS). Nous ne disposons pas de données précises sur la nature des services offerts par ces organismes. Nous savons cependant que ceux-ci se situent majoritairemet dans les champs de l'accompagnement, des visites d'amitié, de l'approvisionnement, etc.

- La Régie de l'assurance-automobile du Québec et la Commission de la santé et de la sécurité au travail fournissent des sommes relativement importantes à leurs assurés ayant des incapacités permanentes suite à des accidents, afin qu'ils se payent des services à domicile.

- L'Office des personnes handicapées fournit aussi des allocations à cette fin pour une somme de 1 659 850$ pour l'année budgétaire 1985-86 (7).

- Les CRSSS du Québec ont mis en place depuis environ deux ans des fonds régionaux qui servent à financer des personnes ayant des incapacités importantes afin qu'elles s'achètent des services. Ils gèrent actuellement un budget approximatif de 3,5$ millions (données obtenues du service des Ressources communautaires, MSSS).

- Depuis 1981, le CRSSSMM administre un programme "cas lourd" pour un budget actuel de base d'environ 400 000$ (35).

- Depuis mars dernier, on a dégagé 9$ millions en services à domicile dont 5 millions à Montréal pour 1986-87, dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences (14).

- Il existe quelques services de médecins à domicile tel que Télémédic.

- Il y a aussi tout un secteur privé de services à domicile qui est en développement.

L'information dont nous disposons est très incomplète sur la nature exacte des services dispensés par ces différents programmes et sur les modalités de dispensation. On peut néanmoins observer une tendance dans plusieurs de ces programmes restreints.

Cette tendance est à l'effet d'offrir des services sur une base plus intensive à des personnes avec des incapacités importantes. Par exemple, la moyenne d'heures de services offerts est de 16,7 heures/semaine dans le projet "cas lourds" (35) et de 18 heures/semaine dans le projet initié le printemps dernier à Montréal (14). On va jusqu'à 40 heures/semaines et même plus dans certains projets administrés par les centres de réadaptation (1,8) ou par les sommes allouées par les "fonds régionaux" des CRSSS.

Il est essentiel de tenir compte de l'ensemble de ces programmes et des formules nouvelles utilisées lors de la révision de la politique de services à domicile.

7. LES SERVICES OFFERTS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA POLITIQUE

L'objectif majeur énoncé dans la politique des services à domicile de 1979, et répété à maintes reprises depuis ce temps, est de favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et donc, d'éviter l'hébergement. Il y a aussi un objectif d'amélioration des conditions et de la qualité de vie.

Plusieurs personnes s'interrogent sur l'efficacité de nos services à domicile pour atteindre ces objectifs. Une étude, réalisée en 1982 par monsieur François Béland du ministère de la Santé et des Services sociaux, (2) tend à démontrer que l'existence de services à domicile n'a aucune influence sur le désir d'hébergement. Les principaux facteurs ayant une influence seraient plutôt, le nombre de maladies, la présence d'une aide rapide en cas d'urgence, la cohabitation avec une autre personne et la possibilité de contrôler l'aide requise pour répondre aux besoins.

Cette étude a plusieurs fois été interprétée comme un indice important de l'inefficacité en soi des services à domicile par rapport au désir d'hébergement. D'autres indices tel que le nombre de demandes d'hébergement qui demeure très élevé, semblent aller dans le même sens. Le Conseil du trésor s'est d'ailleurs basé sur cette étude pour ralentir de façon majeure le développement des services à domicile dans les CLSC à partir de 1984-85 (15).

Lorsque l'on regarde cependant l'intensité des services qui sont offerts en général, dans les CLSC, et plus particulièrement ceux ayant prévalus pour cette étude, ces résultats n'ont rien de surprenant. Comment peut-on imaginer en effet que des personnes vivant avec des incapacités relativement importantes qui les limitent dans l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne, puissent être influencées dans leur désir d'hébergement par des services de courte durée, épisodiques et qui, en moyenne, n'atteignent pas la durée d'une heure par semaine? Comment si peu de services pourraient-ils faire le poids par rapport à l'ensemble des services offerts en milieu institutionnel en plus de l'aspect sécuritaire? Nul besoin d'études plus poussées pour comprendre cette quasi-évidence.

De toute façon, la question majeure se pose de moins en moins en termes de désir d'hébergement. En effet, il est maintenant bien connu d'une part que les besoins (soins et aide surtout) augmentent et continueront d'augmenter compte tenu du vieillissement de la population, des progrès mêmes de la médecine, etc. Il est bien connu aussi que le développement des places en institution a ralenti et que les critères d'admissibilité sont beaucoup plus sévères qu'auparavant (plus de 10 heures/semaine de services requis et en moyenne un an et demie d'attente). Concrètement, cela signifie une diminution de services offerts relativement aux besoins existants.

Dans un tel contexte, les véritables questions qui se posent sont plutôt les suivantes: La réduction de l'offre d'hébergement est-elle compensée par une augmentation suffisante des services à domicile? Jusqu'à quel point est-il nécessaire que l'État réponde d'une façon ou d'une autre à ces besoins et jusqu'où pouvons-nous compter sur l'entourage? Jusqu'à quel point est-il possible de maintenir des personnes en perte d'autonomie à domicile en leur fournissant des services adéquats et en quantité suffisante?

Nous disposons au moins de quelques éléments de réponses pour la dernière question. La présence de services à domicile "intensifs" (de 5 à 40 heures et plus par semaine) n'est sûrement pas l'unique facteur

nécessaire pour assurer le maintien à domicile de personnes ayant des incapacités importantes. Il semble cependant qu'il soit souvent déterminant pour assurer ce maintien avec une qualité de vie décente.

L'évaluation de projets de services "intensifs" initiés par deux CAR et un CLSC (1,8) depuis quelques années démontre qu'il est possible de maintenir à domicile des personnes avec des limitations très sévères. Dans le projet "cas lourds", (35) 50% des clients sont toujours à domicile, 22% sont hébergés à long terme et les autres sont hospitalisés ou décédés. Finalement, avec les sommes investies à Montréal en mars dernier, les responsables affirment que 759 personnes ont évitées l'hospitalisation permanente dont 250 qui sont retournées à domicile après plus de six mois d'hébergement (14).

8. LES PERSONNES, LA COMMUNAUTÉ ET L'ÉTAT

Officiellement, nous disposons au Québec d'un système de soins et de services universel et gratuit pour les personnes ayant des besoins bien identifiés. En théorie, ces principes valent aussi pour les services à domicile. Il semble que concrètement, l'universalité et la gratuité existe pour les soins à domicile. Ce n'est pas le cas pour l'aide où l'on tient compte de plusieurs facteurs tel que mentionné plus haut. Les disponibilités sont bien en deça de la demande existante et potentielle.

D'autre part, il est de plus en plus dit et écrit depuis quelques années que les services ne doivent pas remplacer la responsabilité des personnes ou de leurs proches et de la communauté. On semble vouloir de plus en plus mettre l'accent sur la responsabilisation des personnes, sur l'implication des parents et des amis et sur l'utilisation du bénévolat pour répondre aux besoins des personnes. La politique récente pour les personnes âgées illustre bien cette tendance (19).

Il existe sans aucun doute une certaine confusion dans ces différents discours et dans leur concordance avec la réalité. Cela fait en sorte qu'il est difficile tant pour les dispensateurs de services et les administrateurs que pour les clients de savoir vraiment à quoi s'en tenir sur les services offerts par l'État. Des clarifications s'imposent.

Cette situation met en évidence une question fondamentale pour laquelle les balises apparaissent insuffisantes. Quelles sont les responsabilités respectives de l'État d'une part, des personnes, de leurs proches et de la communauté d'autre part, vis-à-vis les besoins des personnes vivant avec des incapacités?

On ne peut évidemment trancher de façon absolue une telle question et de multiples facteurs sont à considérer dans chaque cas. Il n'en reste pas moins qu'il apparaît essentiel de tracer une ligne de démarcation générale susceptible d'éclairer la conduite des intervenants et les atttentes possibles de la population. Il faut se demander, d'une part, ce qu'il est réaliste et équitable d'attendre des proches et de la communauté compte tenu d'une foule de facteurs qui entrent en ligne de compte et, d'autre part, ce que nous choisissons collectivement de confier à la responsabilité de l'État.

Le groupe de travail sur la révision de la politique des services à domicile, ayant produit un rapport en 1983, (21) proposait une telle ligne de démarcation. C'était la suivante: Les besoins impliquant des services sur une courte période ou occasionnels ou exigeant relativement peu de temps et de nature non spécialisés pourraient être laissés à la responsabilité des personnes, de leur entourage, de la communauté, d'organismes à but non lucratif, etc. Les besoins impliquant des services à long terme ou fréquents et demandant beaucoup d'heures ou de nature plus spécialisée pourraient être considérés comme relevant de la responsabilité de l'État.

Cette façon de voir les responsabilités impliquerait un changement d'orientation assez important surtout pour le programme des CLSC. Plutôt que de fonctionner avec un plafond de services de 3 ou 4 heures/semaines pour l'aide à domicile, il y aurait un seuil de services (exemple: deux heures/ semaine) en dessous duquel l'État ne s'impliquerait pas à moins de considérations particulières (urgences sociales, etc.). Cela pourrait permettre à l'État de s'impliquer plus intensivement pour les personnes ayant des incapacités plus sévères ou nécessitant des services spécialisés et de compter davantage sur l'entourage et sur la communauté pour des services plus occasionnels. C'est une façon possible pour, d'une part, susciter la solidarité sociale, et d'autre part, fournir des services aux personnes les plus susceptibles d'hébergement sans ces services, et ce, avec des progressions budgétaires réalistes et raisonnables.

Cette nouvelle orientation aurait certainement avantage à être examinée de plus près dans le cadre d'une révision de la politique.

9. DES FORMULES NOUVELLES

Quel que soit le champ de responsabilités que l'on décide de confier à l'État, la deuxième grande question qui se pose est la suivante: Par quels moyens l'État peut-il le mieux assumer cette responsabilité?

L'observation de la réalité nous démontre que les formules traditionnelles consistant à offrir des services au domicile à partir d'un réseau public organisé, ne sont pas les seules formules possibles ni nécessairement les plus efficaces et efficientes.

Nous observons par exemple un développement important depuis quelques années de la formule d'allocation financière directement à la personne ou aux proches pour que ceux-ci s'achètent et gèrent eux-mêmes des services. Cette allocation est évidemment accordée après une évaluation systématique des besoins de la personne. C'est une formule utili-

sée depuis déjà plusieurs années par la Commission de la santé et de la sécurité au travail, la Régie de l'assurance-automobile du Québec, (30) l'Office des personnes handicapées et plus récemment, par les CRSSS dans le cadre de fonds régionaux. Il semble aussi que les organismes du réseau, tels les CLSC ou les CSS utilisent cette formule depuis longtemps sans le dire très officiellement (32,33). Nous voyons par exemple dans le bilan du maintien à domicile de la Fédération des CLSC que 30% des CLSC déclarent avoir déjà utilisé ou qu'ils utilisent actuellement cette formule. Ils le font particulièrement pour les services dépassant le nombre d'heures habituelles ou en dehors des heures régulières.

Cette façon de procéder peut certainement présenter des avantages. Elle favorise concrètement l'implication des personnes et de leurs proches dans l'organisation des services dont elles ont besoin. Elle permet aussi une beaucoup plus grande liberté de choix des personnes dans l'organisation de leurs services. Rappelons que ce contrôle des services est identifié comme un facteur important pour diminuer les désirs d'hébergement selon l'étude de François Béland (2). Elle est de plus susceptible de diminuer considérablement les coûts en termes administratifs. Elle ouvre aussi la voie au développement d'organismes privés de services soumis aux lois du marché.

Par contre, un développement important de celle-ci présenterait un virage important dans l'organisation des services susceptibles de provoquer plusieurs résistances dans le système aux plans professionnel, syndical, corporatif et administratif. Elle peut aussi nécessiter des amendements législatifs préalables. Finalement, elle ne peut sûrement pas répondre aux besoins de tous. Une analyse plus exhaustive est nécessaire.

Il existe aussi d'autres formules consistant par exemple à avoir des "ilôts de services" dans des milieux où sont regroupés un certain

nombre de personnes ayant des incapacités importantes (conciergeries). Il y a certainement tout un champ à explorer de ce côté particulièrement dans les milieux urbains. Il est possible de répondre aux besoins d'un bon nombre de personnes, et ce, de façon sécuritaire et à toute heure du jour et de la nuit. On peut penser entre autres à de tels points de services dans des HLM pour personnes âgées susceptibles de regrouper un grand nombre de personnes avec des incapacités.

La technologie moderne est aussi susceptible d'offrir des moyens pouvant permettre de diminuer des problèmes comme celui de la sécurité des personnes. Pensons entre autres au système "ARGUS" mis au point récemment permettant d'avertir d'une situation urgente une personne affectée à cette fin, à partir d'un appareil porté au poignet.

Il n'y a aucun doute qu'il y a place pour beaucoup d'innovations afin de mettre sur pied un véritable système de services à domicile moderne et efficace à des coûts raisonnables.

10. CONCLUSION

En conclusion, nous rappelons le plus concisément possible les principaux constats et réflexions contenus dans ce document.

1. La classification actuelle des clientèles-cibles de la politique crée des problèmes. Les clientèles étant non mutuellement exclusive et non reliée à des problématiques ou types d'intervention précis, cela rend difficile toute tentative d'évaluation systématique. Il y aurait avantage à s'articuler en fonction d'un cadre conceptuel précis.

2. Les réalités des soins et de l'aide à domicile sont fondamentalement différentes à presque tous les points de vue: nature des services, but, période requise, provenance des demandes, façons d'y répondre (délais, critères, etc.), problématiques générales et alternatives. Cette différence est un élément majeur à considérer dans la révision de la politique.

3. Le noyau majeur des besoins exprimés en services à domicile se situe dans le champ de l'aide et la satisfaction de ces besoins implique des tâches simples et non spécialisées de la vie quotidienne.

4. Les CLSC offrent des soins et de l'aide à domicile dans une proportion approximativement égale. Malgré des variations importantes, ils offrent essentiellement des services de faible intensité (moins d'une heure par semaine en moyenne) et surtout aux heures régulières de bureau.

5. Il existe un grand nombre d'autres programmes ou d'autres organismes qui offrent des services à domicile. Ils ont une tendance à offrir des services sur une base plus intensive et à utiliser des formules différentes.

6. L'objectif prioritaire de la politique est de favoriser le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Les services de faible intensité (du type offert par les CLSC) s'avèrent peu efficaces par rapport au désir des personnes de recourir à des ressources d'hébergement. Il semble par contre que des services plus intensifs peuvent être un élément déterminant, bien que non unique, pour un maintien à domicile dans des conditions adéquates.

7. Compte tenu d'une diminution relative de l'offre d'hébergement au cours des dernières années, la principale question qui se pose est la suivante: Cette réduction de l'offre est-elle compensée par une augmentation suffisante de services à domicile pour répondre aux besoins des personnes?

8. Il apparaît de plus en plus essentiel de tracer une ligne de démarcation générale entre les responsabilités respectives de l'État d'une part, des personnes, de leurs proches et de la communauté, d'autre part, vis-à-vis les personnes vivant avec des incapacités.

Il y aurait lieu d'examiner de plus près la proposition du groupe de travail de 1983 à l'effet que l'État s'implique plus intensivement pour les personnes avec des incapacités sévères, ou nécessitant des services spécialisés, tout en comptant davantage sur la communauté pour les services plus occasionnels.

9. Il se développe depuis quelques années des formules nouvelles de services à domicile qui semble prometteuses. Ce sont surtout les formules "d'allocation financière" aux personnes et "d'ilôts de services" dans des ensembles résidentiels. La technologie moderne ouvre aussi des voies d'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

(1) AMPLEMAN L. CHABOTJ.-M.,
Conditions et qualité de vie des personnes sévèrement handicapées selon différentes ressources résidentielles: Étude exploratoire, Québec, Groupe d'étude T.E.D., Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur les Personnes handicapées, 1985, 210 p.

(2) BÉLAND F.,
L'évaluation de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales: Étude de cas, Document #8, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction de l'Evaluation des programmes, 1983, 43 p., (Série Etudes et analyses).

(3) BOLDUC M.,
Portrait du programme de maintien à domicile du CLSC La Source, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'Evaluation des programmes, 1986, 117 p.

(4) BOLDUC M.,
Analyse de la cohérence de politiques québécoises à l'égard des personnes ayant des incapacités, Première partie: Les clientèles ou problématiques considérées, Document #24, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction de l'Evaluation des programmes, 1986, 32 p., (Série Etudes et analyses).

(5) BOLDUC M.,
La réadaptation et l'intégration des personnes handicapées: Étude exploratoire sur la pertinence et la cohérence des orientations proposées depuis quinze ans et de l'organisation des différents réseaux de services, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction de l'Évaluation des programmes, 1985, 69 p.

(6) BOISVERT R. MARTEL M.,
Les conditions de l'autonomie. Rapport d'enquête auprès des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile, Montréal, Centre hospitalier Sainte-Marie, Département de Santé communautaire, 1986, 154 p.

(7) CAPISTRAN R.,
Rapport annuel sur les demandes d'aide à la préparation de plans de services et les octrois d'aide matérielle du 1er avril 1985 au 31 mars 1986, PC-6061-3, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, Direction des Services au milieu, 1986, 14 p.

(8) CENTRE FRANÇOIS-CHARON,
Recherche évaluative portant sur le projet expérimental "Logements accessibles et services de support", Québec, Service des Activités cliniques, 1981, 217 p.

(9) LAMONTAGNE Y., LAVOIE F., TESSIER L.,
La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement -3- l'efficacité du traitement, Avis du comité de la santé mentale du Québec sur l'efficacité des interventions en santé mentale, Québec, Les publications du Québec, 1985, 157 p.

(10) LAMONTAGNE Y., LAVOIE F., TESSIER L.,
La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement -4- l'efficacité de la réadaptation, Avis du comité de la santé mentale du Québec sur l'efficacité des interventions en santé mentale, Québec, Les publications du Québec, 1985, 123 p.

(11) CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE,
Mémoire à la commission d'étude sur l'avenir des municipalités, Québec, Le Conseil, 1986, 16 p.

(12) CONSEIL ÉCONOMIQUE DU CANADA,
"Troisième Age et soins de santé", Au courant, 1986, 7,1:2-9.

(13) CONTANDRIOPOULOS A.-P. et al.,
Les services d'aide à domicile et l'utilisation des ressources du système de soins, Montréal, Université de Montréal, Groupe de Recherche interdisciplinaire en Santé (GRIS), 120 p.

(14) COUDÉ-LORD, M.,
"Grâce aux services à domicile, 759 personnes âgées évitent l'hospitalisation permanente.", Le Journal de Montréal, 26 août 1986.

(15) CÔTÉ C.,
Les services à domicile, État de situation, Document de travail, deuxième version, Québec, Direction des Politiques de Services sociaux, 1985, 256 p.

(16) FILIATRAULT P.,
Impact des services de maintien à domicile, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des Services communautaires, 1986, 4 p.

(17) HÔTEL-DIEU DE ROBERVAL,
Les besoins des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Analyse des résultats, Volume 2, Roberval, Direction des Services de Santé communautaire, 1985.

(18) MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
"Données informatisées compilées par la Direction des Systèmes d'information au printemps 1986", Système CROCUS, Québec, Direction des Systèmes d'information, 1986.

(19) MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, Québec, Direction des Communications, 1985, 61 p.

(20) MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
Les services à domicile: Politique du ministère des Affaires sociales, Québec, Direction des Communications, 1979, 30 p.

(21) MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
Rapport d'étape du groupe de travail sur la révision de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales, Document non publié, Québec, Le Ministère, 1983.

(22) MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
Le réseau des Centres d'accueil de réadaptation, Québec, Direction de la Réadaptation, 1984, 131 p.

(23) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,
Les services à domicile. Etat de situation quant à la révision de la politique actuelle, Document de travail, Québec, Direction de la Planification des Services sociaux, 1986, 24 p.

(24) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,
Services de maintien à domicile. Détermination des coûts générés par les effets de la clientèle. Le vieillissement de la population, Québec, Direction des Services communautaires, 1986, 13 p.

(25) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,
Le vieillissement de la population et son impact sur le programme de services à domicile, Québec, Direction des Services communautaires, 1986.

(26) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX,
Programme de services à domicile. Quelques réflexions et quelques données, Québec, Direction des Services communautaires, 1986, 11 p.

(27) OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC,
A part! Egale... L'intégration sociale des personnes handicapées: Un défi pour tous, Drummondville, l'Office, 1984, 350 p.

(28) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE,
Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, un manuel de classification des conséquences des maladies, Joliette, Centre de réadaptation Le Bouclier, 1981, 229 p.

(29) OUELLET H.,
Les CLSC et les personnes handicapées. Résultats d'une consultation auprès des CLSC, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, Direction de l'Analyse et de l'évaluation des programmes, 1985, 30 p.

(30) RÉGIE DE L'ASSURANCE-AUTOMOBILE DU QUÉBEC,
Le rôle du service de Réadaptation à la Régie de l'assurance-automobile du Québec, Document non publié, Québec, RAAQ, 1984.

(31) REVUE NOTRE-DAME
"On ne peut plus tout se permettre parce que c'est l'État qui paie.", Entrevue avec madame Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, RND Revue Notre-Dame, 1986, 8:16-27.

(32) ROY J.,
Bilan du maintien à domicile dans les CLSC. Problématique des services, Rapport I, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, 1986, 69 p.

(33) ROY J.,
Bilan du maintien à domicile dans les CLSC. Problématique des services, Rapport II, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, 1986, 52 p.

(34) STRYCKMAN J. PARÉ-MORIN L.,
Stratégies du maintien à domicile: l'apport des aidants naturels, Québec, Hôpital du Saint-Sacrement, Département de Santé communautaire, 1985, 64 p.

(35) TRÉPANIER A.,
Perspectives d'avenir à propos du projet cas lourds, Document de travail #2, Montréal, Conseil régional de la santé et des servcies sociaux du Montréal métropolitain (CRSSSMM), 1985.